

平成30年度脳検診受診助成金のご案内

近年、健康起因事故の発生件数が増加しております。その中で最も多いのは、脳血管疾患であり、運転者の脳血管疾患の早期発見・早期治療につながる脳検診等を活用していただきたくため、今年度より脳検診等に係る費用に対して一部助成を実施することになりました。

つきましては、下記条件により別紙要綱に基づき実施しますのでご案内致します。

記

1. 申請期間 平成30年6月1日(金) ～ 平成31年2月28日(木)
(土日祝日及び休館日は除く)
※但し、平成30年4月1日(日)から平成31年2月28日(木)までに受診されたものを対象とする。
2. 助成対象健診 ①脳MRI健診 ②脳ドック
3. 助成金額 運転者1名につき1回の受診に限り10,000円とする。
但し、1事業者あたり50,000円を上限とする。
4. 助成率 500千円
※申請期間内であっても、助成率に達した時点で打ち切り予定です。
5. 申請要領 別紙「平成30年度脳検診受診助成金交付請求書」に必要事項を記入し、医療機関等の①請求書(写)及び、②受診項目が分かるもの(写)、③受診者氏名がわかるもの、④領収証(写)又は銀行振込書(写)を添えて申請する。
※②、③については請求書等に記載があれば不要です。
※領収証を申請時に添付できない場合は、後日発行され次第速やかに提出すること。
※個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。
6. 注 意 栃ト協の会員事業所に雇用された運転者の脳検診に対して行う。

[問合せ先] (一社)栃木県トラック協会 業務部
TEL 028-658-2515 FAX 028-658-6929

平成30年度脳検診受診助成金交付要綱

一般社団法人 栃木県トラック協会

(目的)

第1条 この要綱は、一般社団法人栃木県トラック協会(以下「栃ト協」という。)が、運転者の脳血管疾患の早期発見・早期治療につながる脳検診受診費用を一部助成することによって、健康起因事故の防止に寄与することを目的とする。

(助成対象健診)

第2条 助成対象健診は、次の健診とする。

①脳MRI検査 ②脳ドック

(助成対象者)

第3条 助成対象者は、栃ト協の会員事業者に雇用された運転者とする。

2 会員事業者とは、助成金を申請する時点で栃ト協に加入している者をいう。

但し、新規加入した事業者については、入会后受診したものを対象とする。

3 栃ト協会費等の未納が有る場合は、その限りではない。

(助成対象期間)

第4条 助成対象期間は、平成30年4月1日(日)から平成31年2月28日(木)までに受診し、支払が終了したものを対象とする。

2 期間内であっても助成枠に達した場合は、その時点で終了する。

(助成対象額)

第5条 助成金額は運転者1名あたり、1回の受診に限り、10,000円とし、助成上限額は1事業者あたり50,000円までとする。

但し、栃ト協及び行政、その他団体等から支払われる助成金等の総額が健診費用を超えてはならない。

(助成金の交付請求)

第6条 助成金の交付を請求する会員事業者は、栃ト協が指定する期日までに、別紙「平成30年度脳検診助成金交付請求書」により、次の書類を添付し助成金の請求をするものとする。

医療機関等の①請求書(写)、②受診項目が分かるもの(写)、③受診者氏名がわかるもの、④領収証(写)又は銀行振込書(写)

なお、個人精算(領収証が個人宛)のものは対象外とする。

(助成金の交付)

第7条 栃ト協は、前条の「平成30年度脳検診受診助成金交付請求書」の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、本助成事業に適合すると認めた場合は、申請事業者に対して助成金を交付する。

(助成金の返還)

第8条 栃ト協は、次の各号のいずれかに該当するときは、事業者に対し既に交付した助成金の全部もしくは一部の返還を命じることができる。

(1) この要綱に定める事項に違反したとき

(2) 虚偽その他不正な手段により助成金の交付を受けたとき

2 前項の規定により返還を命じられた事業者については、栃ト協が行う助成事業すべてに係る申請は、原則として、当分の間、これを受付又は交付決定を行わないものとする。

(附 則)

1. 本要綱は、平成30年4月1日より適用する。

別紙

平成 年 月 日

一般社団法人 栃木県トラック協会長 殿

名称
住所
代表者

印

平成30年度脳検診受診助成金交付請求書

平成30年度脳検診助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて助成金の支払いを請求します。

記

交付請求額	金 円		
検査医療機関名		行政・他団体等の補助申請	有 ・ 無
受診検査名 ※該当に検査に○印	①脳MRI健診 ・ ②脳ドック		
対象受診者	氏名： 生年月日： 年 月 日	男女 男女	氏名： 生年月日： 年 月 日 男女 男女
	氏名： 生年月日： 年 月 日	男女 男女	氏名： 生年月日： 年 月 日 男女 男女
	氏名： 生年月日： 年 月 日	男女 男女	受診者数 名

添付書類 医療機関等の①請求書(写)、②受診項目が分かるもの(写)、③受診者氏名がわかるもの、④領収証(写)又は銀行振込書(写)
 ※②、③については請求書等に記載があれば不要です。
 ※個人精算(領収証が個人宛)のものについては対象外。

振込先金融機関

金融機関名	口座名	口座番号
銀行 支店	ふりがな	普通・当座 No. _____

ご担当者名： TEL： FAX：

整理番号	
------	--